

初診日 年 月 日

飼い主さんのお名前（ふりがな）：18歳以上の方

郵便番号

ご住所

電話番号

携帯

ご自宅

ご職業

鳥のお名前

性別

オス

メス

不明

種類

年齢

才

今日はどうなさいましたか。

今までにかかった病気（ケガ）はありますか。それはいつからですか。

当院をどの様にしてお知りになりましたか。

他の鳥がかかったことはありますか。

ペット保険にご加入していますか。

はい

いいえ

（○をして下さい）

ご加入の方は申請時に必要な事項をご記入下さい。

（記入例 鳥の名前、診断名、薬剤名を領収証に記入希望 等）

保険会社名：

必要事項：

<当院は保険会社と直接提携しておりません。申請手続きは行いませんのでご了承下さい。>